

# 訪問介護依頼申込書(記入例)

申込先	事業所名	大田訪問介護事業所		申込日	23年 3月 19日		
	担当者名	大田 一郎		TEL・FAX番号	03-37〇〇-0930		
ご利用者様情報	ふりがな	おおもり さぶろう		誕生日	明・大・ <u>昭</u> 20年 1月 1日		
	氏名	大森 三郎		性別	<u>男</u> ・女	年齢	66歳
	住所	東京都大田区蒲田〇-〇-〇					
	電話番号	03-37〇〇-0110		同居家族の有無	<u>独居</u> ・同居 ( )		
	緊急連絡先①	氏名:新田 恵理		続柄:長女	連絡先:090-3252-16〇〇		
	緊急連絡先②	氏名:雪谷 四郎		続柄:長男	連絡先:03-3768-〇〇16		
	保険情報	被保険者番号	0:0:0:0:1:3:6:〇:〇:〇		介護度	申請中・要支援・ <u>要介護</u> ( 4 )	
認定有効期限		平成 22年 12月 1日～平成		23年 11月 30日	認定日	22年 11月 27日	
公費負担		生活保護 減免 障害 ( )					
居宅支援	事業者名	大田区支援サービス		事業者番号	0:0:0:1:2:3:4:5:6:7		
	電話番号	03-37〇〇-0119		FAX番号	03-37〇〇-0931		
	担当者名	洗足 智子					
ご利用者様の状況	既往歴	糖尿病・高血圧症・虫垂炎(Ope施行)・狭心症					
	援助目標 (御家族も含む)	糖尿病で通院し治療を続けてきたが徐々に悪化。下肢に壊死みられ左右膝下部切断。長女が介護しているが、遠方で就労している為、主に週末のみ通ってくる。自宅での生活を支援していく。					
	身体状況 援助内容 御家族情報	・手掌部の痛みは現在なく、上肢は障害ない。					
		・聴力は良好、視力は見えにくいもTVを見たりは可能。					
		・歩行は這って室内移動。ただ疲れやすい。					
		・排泄はポータブルトイレ使用。自力でトイレへ移乗することはできる。リハビリパンツ使用。					
		・入浴は長女夫婦介助時のみ入浴している(1回/w)					
		・食事は自立。車イス対応。					
・認知症中度ありだが、徘徊・失禁(間に合わないことあり)等はなし。							
・緊急時は長女へ連絡して下さい。							
サービス内容	開始希望日	23年 4月 1日					
	区分	曜日	時間	内容	備考		
	身体2・生活2	月・水・金	11:00～13:00	・食事・排泄介助	・調理～かたよりが少なくバランスを考える。献立は一緒に考えて作る。 ・食事～セッティングと後片付けをし、食事は自力で摂取される。 ・買物～行きつけの場所で行う。 ・掃除～掃除機・雑巾がけを行う。		
				・調理・買物・洗濯・掃除			
	身体2	火・木	14:00～15:00	・入浴介助	・訪問看護師と一緒にいる。洗身・洗髪は出来る部分は自分でして頂く。 ・更衣は下着衣は介助。		
・更衣介助							
・排泄介助							
予防							